UNIVERSITAT DE BARCELONA

Facultat de Psicologia
Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

Arturo Bados

10 de noviembre de 2016

INTRODUCCIÓN 1
DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD 2
ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y DE LA SALUD 4
Evaluación 4
Tratamiento, prevención y promoción 4
Investigación 7
Enseñanza 7
Asesoramiento 8
Dirección y gestión 8
NIVELES DE INTERVENCIÓN 8
Intervención en pareja o familia 9
Intervención en grupo 9
Intervención en la comunidad 11
ÁREAS DE APLICACIÓN 11
REFERENCIAS 13

INTRODUCCIÓN

Los **trastornos psicológicos** son muy frecuentes; en el término de un año afectan a cerca de un **33%** de la población adulta mundial (Kessler y Üstün, 2008) y a un 38% de toda la población europea (Wittchen et al., 2011). Además, constituyen uno de los principales problemas en el ámbito de la salud. Collins et al. (2011) han publicado un estudio en la prestigiosa revista *Nature*, en el que han participado investigadores y expertos de más de 60 países. Los autores indican que, a nivel mundial, los trastornos mentales (depresión, dependencia del alcohol, esquizofrenia, demencia, epilepsia, etc.) constituyen el 13% de la carga global de enfermedades[1], por encima del cáncer y de los trastornos cardiovasculares. Asimismo, estiman que hacia el año 2020 el suicidio

[1] La carga de enfermedad es el impacto de un problema de salud medido a través de indicadores tales como los años perdidos por mala salud, discapacidad o muerte prematura, el coste económico, los días de trabajo perdidos o la pérdida de productividad laboral.

causará 1,5 millones de muertes cada año y, además, entre 15 y 30 millones de personas harán un intento de suicidio.

A nivel europeo, el ambicioso estudio de Wittchen et al. (2011) ha puesto de manifiesto que: 1) Los trastornos cerebrales son los principales contribuyentes a la carga total de enfermedad en Europa; representan el 27% de esta carga. 2). Los trastornos mentales explican el 76% de la carga de los trastornos cerebrales y el 20% de la carga total. 3) El principal trastorno contribuyente a la carga de los trastornos cerebrales es la depresión unipolar (27%), seguido, a más larga distancia por las demencias (14%), el trastorno por uso del alcohol (13%) y el derrame cerebral (10%). El 36% restante de la carga es explicado por otros trastornos mentales, neurológicos y neuropsiquiátricos.

La resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental (2008/2209(INI)) (Diario Oficial de la Unión Europea, 2010/C 76 E/05) señala que el coste económico de los problemas de salud mental se estima entre el 3% y el 4% del PIB de los Estados miembros. En el año 2006 el coste de los trastornos mentales para la UE fue de 436.000 millones de euros, la mayor parte debido a las bajas laborales y a la concesión de jubilaciones anticipadas y por invalidez. Asimismo, el informe presentado por el Grupo de Política de Salud Mental del Centro de Actuaciones Económicas de la Escuela de Economía de Londres (The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2006) indica que **el 40% de las personas que perciben algún tipo de ayuda económica por incapacidad lo hacen por la presencia de un trastorno mental**. Además, sólo una de cada cuatro personas que presentan depresión o ansiedad crónica recibe algún tipo de tratamiento y, con frecuencia, consiste en la prescripción de medicación. Abundando más en esto último, los datos de Wittchen y Jacobi (2005, citado en Wittchen et al., 2011) indican que **sólo el 26% de las personas con trastornos mentales son tratadas por un profesional de la salud**, hay un retraso de años entre el comienzo del trastorno y la aplicación del tratamiento y la calidad de muchos de los tratamientos aplicados es cuestionable.

Collins et al. (2011) plantean entre los principales objetivos en salud mental y neurológica para la próxima década los siguientes: 1) identificar los factores de riesgo y los factores de protección, 2) mejorar las estrategias de prevención y potenciar la aplicación de intervenciones tempranas, por ejemplo en los servicios de Atención Primaria, 3) diseñar tratamientos más eficaces y facilitar el acceso de la población a la atención sanitaria, 4) aumentar la concienciación social y establecer programas para luchar contra la discriminación social, 5) aumentar los recursos humanos y mejorar la formación de los profesionales de la salud para implementar tratamientos basados en la evidencia científica y 6) integrar los trastornos de salud mental con otros trastornos de larga duración y, en este sentido, equiparar la inversión en salud física y mental en las áreas de investigación, formación, tratamientos y prevención.

En este contexto, la psicología clínica y de la salud y los tratamientos psicológicos tienen un papel importante. Por ejemplo, el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria publicada en el año 2008 indica textualmente: "Los resultados publicados de estudios que preguntan a las personas que acuden a Atención Primaria indican que, o bien éstas aceptan positivamente las intervenciones psicológicas, o prefieren las terapias psicológicas a los tratamientos farmacológicos como una modalidad de tratamiento para los trastornos de salud mental".

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

La intervención psicológica consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicos

por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de los mismos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aun en ausencia de problemas. En general, los campos de aplicación de la intervención psicológica son muy variados: clínica y salud, educación, área laboral, programas comunitarios, deporte.

Dentro de la intervención psicológica, la **psicología clínica y de la salud** ha sido definida como aquella especialización de la psicología que aplica los principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por esta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y/o prevenir las anomalías o los trastornos mentales[2] o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que estos puedan tener lugar (Colegio Oficial de Psicólogos, 1998). **Ejemplos**: ayudar a una persona a reducir sus obsesiones o a manejar los síntomas de colon irritable, a una familia conflictiva a comunicarse mejor, a unos adultos para prevenir la ocurrencia de infartos, a adolescentes normales a mejorar sus habilidades de relación heterosexual.

La **terapia psicológica (psicoterapia)** es una parte de la psicología clínica y de la salud en la que un profesional cualificado emplea principios y técnicas psicológicos para ayudar a la persona/s que consulta/n a reducir o resolver sus problemas y mejorar su calidad de vida mediante cambios en sus pensamientos, sentimientos y conductas. Bernstein y Nietzel (1980/1988, pág. 320) han definido la terapia psicológica del siguiente modo:

1. La **terapia psicológica** consiste en una **relación interpersonal** entre por lo menos dos participantes, uno de los cuales (el terapeuta) tiene un **entrenamiento y experiencia especial** en el manejo de los problemas psicológicos.
2. El otro participante es un cliente que experimenta algún **problema en su ajuste emocional, conductual o interpersonal** y ha pasado a formar parte de la relación (terapéutica) con el fin de resolver su problema.
3. La relación psicoterapéutica es una alianza de ayuda, pero con **propósitos bien definidos**, en la cual se utilizan **métodos de naturaleza psicológica** con el objeto de provocar los cambios que el cliente desea y el terapeuta aprueba.
4. Estos **métodos se basan en alguna teoría formal** acerca de los problemas psicológicos en general y de la queja específica del paciente en particular.
5. **Independientemente de las inclinaciones teóricas, la mayoría de los terapeutas emplean varias técnicas de intervención**: fomentar la comprensión (*insight*), reducir el sufrimiento emocional, fomentar la catarsis, proporcionar información nueva, diseñar tareas fuera de la terapia y aumentar la fe de los clientes y sus expectativas de lograr cambios.

Algunos autores han añadido que para poder hablar de **terapia psicológica**, esta debe estar **basada en una teoría científica de la personalidad, de sus trastornos y de la modificación de estos, y debe presentar evaluaciones empíricas de sus efectos, positivos y negativos** (Huber, citado en Ávila, 1994, pág. 16). Esto es especialmente importante porque ya Parloff (citado en Ávila, 1994, pág. 18) dijo: "No hay forma de psicoterapia que haya sido iniciada sin pregonar que tiene ventajas terapéuticas únicas. Pero ninguna forma de psicoterapia ha sido abandonada a cau-

[2] Sería mejor hablar de problemas psicológicos desde una perspectiva no patologizadora. En cualquier caso, no hay que olvidar que los denominados trastornos mentales no son enfermedades o entidades debidas a causas internas, sino problemas de comportamiento (emocionales, cognitivos, conductuales) caracterizados por la covariación de ciertas conductas, que se derivan de factores biológicos, personales, interpersonales, sociales y ambientales, y que generan un malestar significativo y/o un deterioro en áreas importantes de funcionamiento.

sa de su fracaso en cumplir lo que pregona".

La intervención psicológica formal no es sólo llevada a cabo por psicólogos clínicos, sino también por **psiquiatras** y, según los países, **trabajadores sociales**, **consejeros religiosos, consejeros matrimoniales** y **enfermeras psiquiátricas.** Por otra parte, no son sólo los profesionales los que brindan asistencia psicológica, sino que puede darse la participación de **paraprofesionales** más o menos entrenados (voluntarios, ex-pacientes, padres, maestros) bajo la supervisión de un profesional.

ACTIVIDADES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS Y DE LA SALUD

Un psicólogo clínico y de la salud se dedica a una o más de las siguientes actividades: **evaluación, tratamiento/prevención/promoción, investigación, enseñanza, asesoramiento y dirección/gestión** (Bernstein y Nietzel, 1980/1988; Colegio Oficial de Psicólogos, 1998; Compass y Gotlib, 2002/2003; Kendall y Norton-Ford, 1982/1988).

EVALUACIÓN

En el proceso de evaluación, el psicólogo clínico trata de **identificar, especificar y cuantificar las conductas, capacidades, problemas, recursos y limitaciones de una o más personas así como las variables personales y ambientales que los mantienen**, con la finalidad de **explicar y modificar el comportamiento** o llevar a cabo cualquier tipo de análisis o intervención psicológica: **diagnóstico** (p.ej., a nivel clínico, pericial o institucional), **pronóstico** (predecir la evolución de un problema o la respuesta a cierta intervención), **orientación** (aconsejar cierto tipo de terapia o de carrera, ayudar a una pareja a decidir si se separa o no), **selección** (elegir o no a una persona para un determinado tratamiento a investigar, para cierto trabajo o para otorgarle ciertos permisos como el de armas o conducción de automóviles), **valoración de los resultados conseguidos con la intervención.**

De cara a conseguir los objetivos de la evaluación, se dispone de una serie de **métodos básicos**: entrevista (al cliente y a otras personas), cuestionarios y escalas (al cliente y a otras personas), autoobservación, observación, pruebas cognitivas objetivas, registros psicofisiológicos, pruebas médicas y datos de archivo/documentos históricos.

TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

En esta actividad, el psicólogo **ayuda a otras personas a comprender sus problemas, reducir o superar estos** (tratamiento)**, prevenir la ocurrencia de los mismos** (prevención) **o mejorar las capacidades personales** (promoción). Estos tres tipos de actuaciones se engloban bajo el término más general de intervención.

Posibles **ejemplos** de este tipo de actividad son: ayudar a una persona a reducir su estado de ánimo deprimido, a una pareja conflictiva a comunicarse mejor y saber negociar entre ellos, a una persona a manejar su dolor crónico, a unos niños de un medio desfavorecido para prevenir el aumento de conductas agresivas incipientes, a una institución de ancianos a cambiar su funcionamiento, a unos adolescentes a mejorar sus habilidades sociales, al público en general para que adquiera o fomente ciertos hábitos de salud, etc.

Se suele distinguir entre: a) **Prevención primaria**: intervención dirigida a evitar la aparición de problemas (trastornos de ansiedad, drogadicción, SIDA, embarazos no deseados, trastornos cardiovasculares, etc.). La prevención primaria debe distinguirse de la *promoción de la salud*, en la cual la intervención se dirige a enseñar o potenciar repertorios saludables con el objetivo de mantener la salud y mejorar la calidad de vida. b) **Prevención secundaria**: intervención dirigida a identificar los problemas en la fase más temprana posible y a actuar lo más pronto que se pueda sobre los mismos para que no se agraven. c) **Tratamiento**: intervención sobre problemas ya consolidados. d) **Prevención terciaria**: intervención dirigida a prevenir recaídas en un problema ya tratado o a evitar complicaciones posteriores de problemas crónicos.

Se ha criticado la anterior clasificación de tipos de prevención y se ha dicho que sólo debería hablarse de **prevención** en el caso de la prevención primaria. El **tratamiento** haría referencia a la intervención sobre problemas incipientes o establecidos y el término de prevención terciaria quedaría sustituido por el de **mantenimiento**. Dentro de esta nueva óptica se han distinguido tres tipos de prevención: a) **Universal**: dirigida a la población en general sin que las personas hayan sido seleccionadas por tener algún factor de riesgo para el trastorno que se quiere prevenir. b) **Selectiva**: dirigida a personas que, por sus características sociodemográficas, familiares, ambientales o estilo de vida, tienen un riesgo mayor que otras personas de desarrollar el trastorno (p.ej., aquellas con padres que presentan el trastorno). c) **Indicada**: dirigida a personas de alto riesgo que ya presentan manifestaciones subclínicas precursoras del trastorno o en las que se ha detectado algún marcador biológico que predisponga al mismo (p.ej., personas que han iniciado el consumo de drogas en el caso del abuso o dependencia de sustancias). La prevención indicada se conoce también con el nombre de **intervención o atención temprana** (Tortella-Feliu, 2002).

Existen diversos tipos de intervención: psicoanálisis, terapia psicodinámica, terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual, análisis transaccional, terapia sistémica, etc. La intervención psicológica puede realizarse **con individuos, parejas, familias, grupos y comunidades.**

En cuanto a los **lugares de intervención**, esta puede llevarse a cabo en centros de salud mental, servicios hospitalarios de psiquiatría, servicios psiquiátricos de especialidades médicas (medicina interna, reumatología, rehabilitación, hematología, unidades de dolor y de cuidados paliativos, etc.), consultas o unidades asistenciales privadas, centros de acción social, centros municipales de promoción de la salud, instituciones o empresas con programas de prevención de problemas de salud y de promoción de la salud, centros de rehabilitación de personas con problemas de salud o discapacidad, centros de drogodependencias, asociaciones de personas con problemas de salud o trastornos del comportamiento, equipos deportivos, centros militares, centros educativos y de atención psicopedagógica, centros de desarrollo infantil y atención temprana, centros de educación especial, centros de asistencia al menor, residencias de personas mayores e instituciones penitenciarias.

La intervención psicológica puede aplicarse **para alcanzar metas más o menos limitadas o ambiciosas**: resolver conflictos inconscientes (enfoque psicoanalítico), ayudar a aceptarse a sí mismo (terapia no directiva), integrar sentimientos conflictivos (terapia *gestalt*), encontrar un significado a la vida (psicoterapia existencial), mejorar la comunicación dentro de una familia (terapia sistémica), modificar creencias negativas (terapias cognitivas), lograr comportamientos adaptativos (terapia de conducta) o conseguir combinaciones de estos objetivos (enfoques eclécticos). Aunque estos son objetivos característicos de cada una de las orientaciones terapéuticas citadas, esto no significa que no puedan ser asumidos y conseguidos por otras orientaciones.

La intervención puede aplicarse en **régimen ambulatorio o de internado** y ser conducida por **uno o más psicólogos** constituidos en equipo. Puede durar desde una o unas pocas sesiones (p.ej., en situaciones de crisis o asesoramiento) hasta varios años, aunque lo más frecuente es que

se extienda de **5 a 50 sesiones de alrededor de 1 hora** (2-2,5 horas, si el tratamiento es en grupo) **y de frecuencia semanal**. El número de sesiones depende del tipo y número de problemas y de la gravedad de los mismos. Las sesiones pueden ser desde **poco o nada hasta muy estructuradas** y en ellas predominar la participación del paciente o del terapeuta. La terapia puede basarse principalmente en la **relación o apoyarse también en ciertas técnicas.** Puede ser **gratuita o más o menos onerosa** y sus **resultados** suelen ser positivos. De todos modos, al menos un tercio de los pacientes no acepta o abandona el tratamiento, un porcentaje significativo (variable según los trastornos) de los que lo siguen no cambian, unos pocos empeoran y entre los que mejoran, las recaídas se dan con una cierta frecuencia, mayor o menor según los trastornos.

La intervención puede ser aplicada **presencialmente o a través de medios como el teléfono, correo, ordenador o internet** (correo electrónico, videoconferencia, *chat*). Esta forma no presencial puede ser también complementaria a la terapia presencial, en cuyo caso parece especialmente beneficiosa. El cumplimiento del tratamiento mejora cuando se utiliza internet para apoyar la realización de las actividades (especialmente en trastornos crónicos); este apoyo puede ser proporcionado por el terapeuta, pero también por otros pacientes (comunidad virtual).

La intervención no presencial por sí sola es útil cuando el cliente: a) tiene dificultades físicas o geográficas para acudir a la consulta del profesional o su problema se lo impide (p.ej., agorafobia o fobia social graves, b) quiere seguir la terapia con el mismo terapeuta, pero debe ausentarse por traslado u otras causas, c) desea un anonimato mayor o total, d) es capaz de comunicarse eficazmente a través de los medios técnicos citados, e) posee los recursos para manejar sus problemas con el apoyo no presencial, f) presenta un trastorno no muy grave, g) desea simplemente hacer una consulta o solicitar aconsejamiento psicológico. Aparte de las ventajas implicadas en lo que se acaba de decir, la terapia no presencial facilita una comunicación más frecuente y rápida (con la excepción del correo postal), favorece la autorrevelación de temas más íntimos o difíciles de expresar al no estar presente el terapeuta y puede ser el primer paso antes de decidirse a realizar una terapia presencial.

La intervención no presencial también tiene desventajas: a) se pierde parcial o totalmente la comunicación no verbal, b) disminuye la espontaneidad y naturalidad, c) se requiere una gran habilidad en la comunicación escrita para establecer una buena relación terapéutica, d) aumenta la dificultad para evaluar con exactitud lo que le pasa al cliente cuando se emplean sólo medios escritos y/o hay una pérdida de comunicación no verbal, e) si se emplean únicamente medios escritos, se transmite menos información y de forma más lenta, f) es más difícil enseñar técnicas terapéuticas y controlar la marcha del tratamiento, g) en el caso de internet, se requiere una cierta cultura informática y pueden darse casos de impostura tanto por parte de clientes (p.ej., menores que se hacen pasar por adultos) como de terapeutas (p.ej., intrusos que se hacen pasar por profesionales acreditados), y h) especialmente en el caso de internet, existe el problema de que otras personas puedan acceder a la información transmitida, por lo que hay que adoptar las debidas precauciones. El Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña ha elaborado unas recomendaciones para la intervención psicológica mediante internet (Comisión Deontológica del COPC, 2001).

Por otra parte, existen **programas de autoayuda** que se basan en manuales y/u otro material de apoyo (cintas de vídeo y magnetofónicas, programas de ordenador, internet) **y un contacto mínimo con el terapeuta**, ya sea directo o no presencial (unas 2-4 horas mediante teléfono o correo electrónico). Se han obtenido resultados relativamente satisfactorios con programas de este tipo dirigidos a trastornos fóbicos, de pánico y obsesivo-compulsivo, insomnio, pesadillas recurrentes y depresión (Echeburúa y de Corral, 2001; Marks et al., 2003). Estos programas de autoayuda se han mostrado moderadamente más eficaces que los grupos control y sus resultados se mantienen a medio plazo; están especialmente indicados cuando si el trastorno no es muy grave, no hay una depresión grave y los clientes están muy motivados y no pueden acceder a un trata-

miento presencial con un terapeuta por razones geográficas, económicas o personales. Sin embargo, su eficacia puede ser menor que el de las intervenciones presenciales y puede aumentar el número de personas que no aceptan o abandonan el tratamiento. Finalmente, **los programas de autoayuda puros**, sin ninguna guía presencial o no presencial (teléfono, correo) por parte del terapeuta, no parecen funcionar o lo hacen bastante peor (Febbraro et al., 1999; Fletcher et al., 2005).

INVESTIGACIÓN

Algunos psicólogos clínicos se dedican a la investigación clínica. Las **formulaciones teóricas y los procedimientos de evaluación e intervención son empíricamente evaluados**, es decir, se valora su adecuación o eficacia utilizando una **metodología científica** (de tipo experimental cuando es posible). Sin embargo, muchas investigaciones siguen presentando importantes dificultades metodológicas.

Aunque algunos psicólogos siguen basándose únicamente en estudios de casos y en impresiones subjetivas, **lo deseable es tener en cuenta los resultados de la investigación clínica**, especialmente la realizada en circunstancias que resaltan su validez externa. **Esto no es óbice para reconocer que la propia práctica clínica proporciona ideas** para refinar y mejorar los procedimientos experimentalmente evaluados y que deben tomarse múltiples decisiones con relación a aspectos que no han sido investigados o no lo han sido suficientemente.

Ejemplos de investigaciones importantes pueden ser la construcción y validación de pruebas psicométricas, el estudio de las causas y consecuencias de los trastornos psicológicos, la comparación de tratamientos psicológicos y farmacológicos de distintos trastornos (p.ej., depresión), el estudio de la eficacia de determinadas estrategias para mantener los resultados del tratamiento, el análisis de la eficacia de ciertos tratamientos con menor participación del terapeuta, el estudio de la relación entre ciertas características y comportamientos del terapeuta y los resultados del tratamiento, la eficacia comparativa de tratamientos estandarizados e individualizados, la determinación del valor pronóstico de determinadas variables, el estudio de los mecanismos responsables de la eficacia de un determinado tratamiento, etc.

ENSEÑANZA

Esta actividad es común en los psicólogos clínicos empleados en **universidades**. Pero también es frecuente que sea llevada a cabo por psicólogos en otras **instituciones y centros privados.** Materias que pueden impartirse son psicopatología, evaluación, terapia de conducta, psicoterapia dinámica, psicología clínica, psicología de la salud, personalidad, etc.

La enseñanza no se limita a estudiantes de psicología, sino que incluye a psicólogos en ejercicio, a otros profesionales (como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, policías) y al público en general. Pueden darse cursos sobre autoafirmación, sexualidad, comunicación en la pareja y formas de hacer frente a la tensión, entre otros temas.

Un tipo especial de enseñanza es la **formación de futuros psicólogos clínicos y la supervisión sistemática**, individual o en grupo, de los casos que llevan y de las investigaciones que realizan. Esto requiere el empleo de instrucciones (y, si es posible, modelado), práctica, retroalimentación (verbal y mediante grabaciones) y reforzamiento.

ASESORAMIENTO

Se refiere a la **ayuda y aconsejamiento que el psicólogo puede ofrecer a organizaciones de distintos tipos**: Instituto Nacional de Salud, compañías sanitarias privadas, escuelas, centros de asistencia primaria, hospitales, cárceles, centros para drogodependientes, grupos de autoayuda, unidades de geriatría, juzgados, etc. **El aconsejamiento puede ser solicitado también por personas** que trabajan en estas organizaciones o en centros privados y que desean mejorar su trabajo o resolver ciertos problemas planteados en el mismo.

El asesoramiento puede ser de distintos tipos. El psicólogo puede **tratar directamente o aconsejar cómo se puede manejar un caso problemático** sobre el que se le ha consultado (tratamiento más aconsejable para un paciente, posibilidad de libertad condicional para un preso, concesión de la tutela de un menor a uno u otro progenitor). Puede **reunirse periódicamente con los miembros de una institución para discutir métodos de manejo de los problemas que se presentan con los pacientes, clientes o personal.** En vez de centrarse en casos concretos, puede **dirigirse a los aspectos de la organización que están provocando los problemas**; así, puede elaborar un plan de evaluación para valorar los servicios de un centro de acogida de menores o puede diseñar un plan para favorecer la congruencia en la aplicación del tratamiento entre diferentes turnos de personal de un hospital.

El trabajo de asesoramiento o consultoría no es fácil porque el **psicólogo es visto por el resto del personal como un extraño y, a veces, como un intruso.** Esto puede conducir a una falta de colaboración o a una manipulación de la información por parte de las personas que ven amenazados sus empleos o consideran que se pone en duda su eficacia. El psicólogo puede convertirse en un chivo expiatorio al que se echarán todas las culpas caso de que lo que propone no funcione, aunque esto sea debido a la interferencia o sabotaje de parte del personal.

DIRECCIÓN Y GESTIÓN

Se refiere a la **dirección y gestión de un organismo o institución** e incluye **funciones como** organización de recursos, coordinación de actividades del personal, distribución del presupuesto, toma de decisiones sobre la marcha de la institución, redactar informes para las autoridades, presidir reuniones, manejo de conflictos entre el personal, contratación y despido de gente, trato con otros directivos, recibir a visitantes importantes, representar a la institución en reuniones y ante el gran público, delegar responsabilidades en personas o comités, etc. Un psicólogo puede formar parte de uno de estos comités y ejercer también así funciones gestoras.

Como **ejemplos de puestos directivos**, un psicólogo puede ser director de un departamento universitario de psicología, de un programa de postgrado en psicología clínica, de un centro de asesoramiento para estudiantes, de un servicio de consulta externa en un hospital, de un centro de salud mental, etc.

NIVELES DE INTERVENCIÓN

La intervención psicológica puede llevarse a cabo a distintos niveles: individual, parejas, familias, grupos y comunidades. Estos niveles no son excluyentes; así, puede combinarse el tratamiento en grupo con sesiones individuales. El **nivel individual** es uno de los más frecuentes, si no el que más. El psicólogo trabaja con una persona para ayudarle a reducir o superar un tras-

torno, eliminar o reducir comportamientos de riesgo, adquirir o potenciar hábitos saludables, afrontar una enfermedad crónica, etc. De todos modos, en muchos casos puede ser útil contar con la **colaboración de personas allegadas**. El resto de niveles se explican a continuación.

INTERVENCIÓN EN PAREJA O FAMILIA

Está recomendada cuando el **problema es de dos o más miembros**, y no sólo del supuesto paciente, y los mencionados miembros **están dispuestos a participar** en la terapia. Esto último es siempre lo más recomendable.

En la terapia de pareja y familiar **se busca que** los miembros implicados: a) se den cuenta de su propia contribución al problema y de los cambios positivos que pueden realizar, y b) mejoren sus pautas de comunicación e interacción de cara a la resolución del problema. La terapia en pareja o familia puede ser **precedida, seguida o acompañada de terapia individual** para alguno de los miembros, cuando estos presentan algún problema que no está relacionado con el sistema.

La **terapia de pareja puede estar indicada cuando** hay conflictos de valores, creencias, estilos de vida o metas, o cuando hay problemas en las áreas de comunicación, afecto, fidelidad, educación de los hijos, manejo del dinero, sexo, autonomía personal o dominio-sumisión.

La **terapia de familia puede estar indicada cuando** hay problemas de comunicación, crisis familiares o problemas de algún miembro de la familia mantenidos por los patrones de interacción familiar.

INTERVENCIÓN EN GRUPO

Esta modalidad de tratamiento depende de que se pueda contar con varias personas que presenten **problemas similares** (p.ej., trastorno de pánico o, en programas transdiagnósticos, trastornos de ansiedad en general o trastornos de ansiedad y depresión) **o tengan un objetivo común** (p.ej., aprender habilidades de cuidado y educación de los hijos) y cuyas características no les impidan la participación en el grupo o incidan negativamente en el funcionamiento de este. Siempre que sea posible, parece **recomendable conducir un tratamiento en grupo**, ya que, en general, es al menos igual de eficaz que el individual y presenta además una serie de ventajas adicionales. También hay posibles inconvenientes que es necesario conocer para poder manejarlos caso de que surjan.

Posibles **ventajas de los grupos:**

a) Descubrir que los propios problemas no son únicos, b) mayores expectativas de mejora, c) disponer de varios modelos, puntos de vista y fuentes de información y retroalimentación, d) mayor credibilidad de los puntos de vista acordados entre todos o suscritos por una mayoría, e) aumento de la motivación debido al apoyo y presión del grupo, al compromiso público delante de este y a la observación de los progresos de los otros.

f) Posibilidad de ayuda mutua dentro y fuera de las sesiones, g) facilitación de la independencia respecto al terapeuta y de la confianza en los propios recursos, h) desarrollo de habilidades sociales, i) sentirse parte de algo que se valora (cohesión; los miembros de los grupos cohesivos se aceptan bien entre sí, se apoyan y están más dispuestos a escuchar, participar y dejarse influir por los otros), j) potenciación de la liberación emocional.

k) Aprendizaje de nuevas reglas básicas de la vida (esta es a veces injusta, no es posible escapar de las penas y de la muerte, hay que afrontar los problemas), l) aprendizaje de nuevos comportamientos, creencias y sentimientos en áreas que fueron problemáticas desde la niñez o adolescencia (dependencia, rebelión sistemática ante la autoridad, rivalidad), m) ahorro de tiempo y esfuerzo por parte del terapeuta, y n) se trata a más personas y a un menor costo.

Posibles **inconvenientes de los grupos:**

a) La dinámica del grupo puede escapar al control del terapeuta, b) modelos de comportamientos negativos que pueden contagiarse, c) consejos e información inadecuados por parte de miembros del grupo, d) celos del progreso de otros o desmotivación al comparar los propios avances con los de los demás, e) ansiedad creada por la situación de grupo (p.ej., en personas con fobia social grave).

f) Pérdida de la flexibilidad necesaria para solucionar problemas individuales (en estos casos habrá que combinar el tratamiento grupal con el individual o llevar a cabo sólo este último), y g) puede llegar a crearse un grado de cohesión tal dentro del grupo que algunas personas pueden solucionar sus necesidades afiliativas básicas con un mínimo de esfuerzo y dentro del mismo grupo sin necesidad de establecer otras relaciones interpersonales.

El **tratamiento grupal no es adecuado para pacientes prolijos, con rasgos paranoides o narcisistas, no motivados o que requieren una gran atención**, ya que no se van a beneficiar del grupo o van a retrasar o impedir el progreso de este. Similarmente, otros pacientes inadecuados para el tratamiento en grupo pueden ser las personas con **fobia social grave** (estarán tan ansiosos que no cumplirán el tratamiento o lo abandonarán), con **depresión grave** (no se van a implicar y pueden desmoralizar a los demás) o que **siguen abusando de los fármacos psicotropos, drogas y/o alcohol cuando desean tratar otros problemas** (el abuso puede interferir con la resolución de dichos problemas).

El tamaño del grupo puede ser de 5-7 personas, aunque ha llegado hasta 12. El grupo debe ser lo suficientemente amplio como para facilitar el contacto con varias personas, pero no tanto como para dispersar la atención del terapeuta, dificultar o trivializar las interacciones del grupo o favorecer la aparición de miembros *aislados*. Es buena idea contar con un **coterapeuta**, que puede ser un paraprofesional, ya que el trabajo para un solo terapeuta es difícil y cansado. **Para grupos más grandes** de 6 personas es buena idea contar con un **coterapeuta.**

Las sesiones de grupo suelen durar alrededor de **2-2,5 horas**, en vez de los 50-60 minutos de las individuales, pero pueden reducirse a 30-45 minutos con aquellas personas que presentan dificultades de concentración (p.ej., pacientes con esquizofrenia o deficiencia mental). Se recomienda que los **clientes sean similares en ciertas características importantes** (nivel sociocultural, intervalo amplio de edad) y que el grupo esté relativamente equilibrado en cuanto a variables como sexo y gravedad del problema abordado. Si una persona difiriera marcadamente del resto, podría abandonar el tratamiento. De todos modos, no hay datos claros al respecto.

Para que un grupo funcione, tiene que **conocer y cumplir ciertas normas**: consentimiento voluntario, asistencia a las sesiones, puntualidad, participación en el grupo, respeto a las intervenciones y opiniones de los otros, confidencialidad de lo tratado en el grupo y realización de las actividades entre sesiones.

El **terapeuta no debe ejercer el papel de un líder autoritario, pero tampoco permitir** que el grupo vaya a su libre albedrío perdiendo de vista los objetivos de la terapia y la forma más efi-

caz de conseguirlos. **Labores del terapeuta** son establecer las normas de funcionamiento del grupo, velar por su cumplimiento, moderar las intervenciones y controlar los factores que pueden perturbar el funcionamiento del grupo y la consecución de las metas propuestas (clientes prolijos, retroalimentaciones inadecuadas, formación de subgrupos, chivos expiatorios, etc.). Algo que conviene conocer al respecto son los **roles que surgen dentro de los grupos**, tal como puede verse en **Kendall y Norton-Ford (1982/1988, págs. 636-638)**.

INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

Mientras que en las intervenciones individuales o en grupo se ayuda a una o unas pocas personas, en las intervenciones en la comunidad se trata de **modificar el medio en el que viven las personas con la finalidad de ayudar a muchas personas a prevenir o resolver problemas o adquirir nuevas capacidades.** Hay dos formas básicas de modificar el medio físico y social: **introducir cambios en instituciones y programas existentes** (hospitales, escuelas, centros de salud mental, prisiones) o **crear nuevos servicios y programas** (pisos protegidos, grupos de autoayuda para padres que maltratan a sus hijos, programas de prevención del infarto, redes de apoyo social para personas mayores o solas).

Aunque las habilidades clínicas (p.ej., las de comunicación interpersonal y resolución de problemas) son igualmente útiles para las intervenciones comunitarias, estas requieren además una **competencia para entenderse con las organizaciones sociales**.

Las intervenciones comunitarias tienen varios peligros de los que conviene ser consciente: a) la intervención puede satisfacer no tanto los objetivos de los miembros de la comunidad, sino los de la clase dirigente política y económica (clase alta y media-alta); b) la intervención puede ir dirigida simplemente a cubrir un expediente sin que haya una intención verdadera de cambiar las cosas (p.ej., ciertos programas de reinserción); c) la intervención puede estar muy centrada en los efectos a corto plazo, olvidando los efectos a largo plazo y las posibles repercusiones de la intervención en distintos sectores sociales.

Por último, **el fracaso de una intervención comunitaria tiene mayores repercusiones que las de una intervención con individuos, familias o grupos.** Los posibles efectos perjudiciales pueden afectar a más personas y además influir negativamente en la puesta en marcha o continuación de otras intervenciones comunitarias que verán disminuir o desaparecer sus recursos.

ÁREAS DE APLICACIÓN

Podemos encontrar psicólogos trabajando en clínicas, hospitales, centros de salud (general o mental), centros de tratamiento de drogodependencias, instituciones para personas con retraso mental, centros de asistencia al menor, juzgados, instituciones penitenciarias, residencias de ancianos, centros militares, práctica privada, etc.

A continuación se enumeran muchas de las **áreas y problemas en que la psicología clínica y de la salud ha sido aplicada** hasta el momento. Para más información, pueden consultarse Barlow et al. (2008), Kazdin (2003), Ortigosa, Quiles y Méndez (2003), Pérez et al. (2003a, 2003b, 2003c) y Roth y Fonagy (2005), entre otros.

ÁREA CLÍNICA

- Fobias y miedos específicos, fobias sociales, agorafobia.

- Trastorno de pánico.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno dismórfico corporal.
- Tricotilomanía.
- Trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo.
- Trastornos de adaptación
- Trastorno de ansiedad por separación.
- Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno bipolar.
- Disfunciones sexuales (trastorno eréctil, eyaculación prematura, anorgasmia, vaginismo)
- Parafilias (paidofilia, exhibicionismo, fetichismo).
- Insomnio, pesadillas, terrores nocturnos.
- Trastornos alimentarios: anorexia, bulimia, trastorno por atracón.
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados: trastorno de síntomas somáticos (trastorno de somatización), trastorno de ansiedad por enfermedad (hipocondría), trastorno de conversión
- Drogodependencias: alcohol, tabaco, heroína, cocaína, cafeína, fármacos
- Juego patológico.
- Trastorno explosivo intermitente (ira, agresión).
- Víctimas de malos tratos y de abusos sexuales.
- Tartamudeo, tics, hábitos nerviosos (onicofagia, bruxismo)
- Mutismo selectivo.
- Enuresis y encopresis.
- Hiperactividad/impulsividad, déficit de atención.
- Trastorno negativista desafiante, trastorno de la conducta
- Problemas niños-padres: desobediencia, negativismo, rabietas, mentiras, robos.
- Discapacidad intelectual.
- Autoestimulación y autolesión.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, autismo, psicosis infantiles.
- Duelo, culpabilidad.
- Trastornos de personalidad.

ÁREA DE SALUD

- Sistema cardiovascular: arritmias cardíacas, hipertensión esencial, migrañas, enfermedad de Raynaud.
- Sistema neuromuscular: parálisis, paresis, espasticidad, temblores, tortícolis espasmódica, espasmos, calambre del escribiente, síndrome temporomandibular, cefaleas tensionales.
- Sistema gastrointestinal: trastornos de la motilidad esofágica, colon irritable, úlceras pépticas, colitis ulcerosa, incontinencia fecal, diarrea funcional, estreñimiento, náuseas y vómitos.
- Sistema genitourinario: retención urinaria, incontinencia urinaria, micción excesiva.
- Sistema nervioso central: epilepsia, demencias.

- Sistema respiratorio: asma.
- Sistema dermatológico: neurodermatitis, urticaria, acné.
- Sistema visual: estrabismo, miopía, glaucoma.
- Sistema endocrino: diabetes.
- Sistema inmunológico: cáncer, SIDA.
- Dolor crónico, dismenorrea, fibromialgia.
- Obesidad.
- Facilitar el cumplimiento de los tratamientos médicos.
- Preparación para intervenciones quirúrgicas, partos o procedimientos diagnósticos agresivos.
- Ayuda en la recuperación y convalecencia.
- Apoyo en estados terminales.
- Reproducción asistida.

ÁREA DE PROBLEMAS COTIDIANOS (SIN DIAGNÓSTICO CLÍNICO)

- Ansiedad heterosocial, falta de aserción, déficit de habilidades sociales.
- Miedo a hablar en público, ansiedad ante los exámenes.
- Ataques de pánico.
- Bajo estado de ánimo.
- Problemas de pareja.
- Problemas de comunicación familiar.
- Organización del tiempo.
- Toma de decisiones.
- Baja autoestima.

PROMOCIÓN DE RECURSOS EN PERSONAS O COLECTIVOS SANOS

- Entrenamiento en resolución de problemas o habilidades sociales a adolescentes.
- Entrenamiento a voluntarios (por ejemplo, a personas que trabajan con enfermos de Alzheimer).
- Entrenamiento a policías.
- Entrenamiento a deportistas.
- Entrenamiento a maestros (control del estrés, afrontar situaciones difíciles con los alumnos).
- Entrenamiento a médicos, enfermeras y cuidadores.

REFERENCIAS

Ávila, A. y Poch, J. (Coords.). (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.

Barlow, D.H. (Ed.). (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4ª ed.). Nueva York: Guilford.

Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Original de 1980.)

Colegio Oficial de Psicólogos (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles del Psicólogo, 69*, 4-23.

Collins, P.Y., Patel, V., Joestl, S.S., March, D., Insel, T.R., Daar, A.S. y ... Walport, M. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature, 475*, 27-30.

Comissió Deontológica del COPC (2001). Recomanacions i criteris deontológics de la intervenció psicològica mitjançant internet. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicólegs de Catalunya. http://www.copc.cat/index.php/publicacions/materials-del-copc/293-numero-13-recomanacions-i-criteris-deontologics-de-la-intervencio-psicologica-mitjancant-internet

Compas, B.E. y Gotlib, I.H. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Original de 2002.)

Echeburúa, E. y de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1*, 181-204.

Febbraro, G.A.R., Clum, G.A., Roodman, A.A. y Wright, J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy, 30*, 209-222.

Fletcher, J., Lovell, K., Bower, P. Campbell, M. y Dickens, C. (2005). Process and outcome of a non-guided self-help manual for anxiety and depression in primary care: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *33*, pp. 319-331

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10.

Kazdin, A.E. (Ed). (2003). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York: Guilford Press.

Kendall, P.C. y Norton-Ford, J.D. (1988). *Psicología clínica: Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa. (Original de 1982.)

Kessler, R.C. y Üstün, T.B. (Eds.). (2008). *The WHO world mental health survey: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Nueva York: Cambridge University Press.

Marks, I.M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M., Cameron, R., Hirsh, S. y Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry, 183*, 57-65.

Ortigosa, J.M. Quiles, M.J.y Méndez, F.X. (Coords.).(2003). *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid, Pirámide.

Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (Coords.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos*. Madrid: Pirámide.

Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (Coords.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II: Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (Coords.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III: Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Roth, A.D. y Fonagy, O. (2005). *What works for whom?* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.

The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders*. Londres: London School of Economics.

Tortella-Feliu, M. (2002). La nueva prevención: programas específicos para los trastornos de ansiedad y depresión. En M. Servera (Coor.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 465-490). Madrid: Pirámide.

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. y … Steinhausen, H.-C. (2001). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*, 655-679.